

# Solicitud para la Cobertura de Salud y Ayuda para el Pago de Costos



LO QUE DEBE SABER



## Use esta solicitud para saber las opciones de cobertura para las que califica

- Planes de seguros de salud privados disponibles que ofrecen una cobertura completa que le ayudarán a mantenerse sano
- Un nuevo crédito de impuestos que puede ayudar inmediatamente al pago de sus primas para la cobertura de salud
- Seguro sin costo o a un costo bajo de Medicaid o del Maryland Children's Health program (MCHP)

**Es posible que califique para un programa sin costo o a un costo bajo aún si gana tanto como \$94,000 al año (para una familia de 4).**



## ¿Quién puede usar esta solicitud?

- Use esta solicitud para cualquier miembro de su familia.
- Presente la solicitud aún si su hijo ya tiene una cobertura médica. Podría ser elegible para una cobertura de menor costo o sin costo.
- Si es soltero, usted puede usar un formulario corto. Visite [MarylandHealthConnection.gov](http://MarylandHealthConnection.gov).
- Las familias que incluyen inmigrantes pueden hacer su solicitud. Usted puede solicitarla para su hijo aún si usted no es elegible para la cobertura. Llenar la solicitud no afectará su estatus de inmigración o la posibilidad de convertirse en residente permanente o ciudadano.
- Si alguien le ayuda a llenar esta solicitud, podría necesitar completar el Apéndice C.



## Solicite más rápidamente por Internet

Solicite más rápidamente en línea en [MarylandHealthConnection.gov](http://MarylandHealthConnection.gov).



## Qué es lo que pudiera necesitar para la solicitud

- Número de Seguro Social (o números de los documentos para los inmigrantes legales que necesitan el seguro)
- Información del empleador y de ingresos para cada persona en su familia (por ejemplo, talón de pagos, formularios W-2, o declaraciones de salarios e impuestos)
- Números de pólizas de todos los seguros médicos actuales
- Información sobre cualquier seguro médico por su trabajo disponible para su familia



## ¿Por qué le pedimos esta información?

Le pedimos información sobre su ingreso y lo demás para hacerle saber para cuál cobertura califica y si puede obtener alguna ayuda para su pago. **Mantendremos toda la información que nos proporcione en forma privada y segura como lo requiere la ley.** Para ver la declaración de la Ley de Confidencialidad, visite [MarylandHealthConnection.gov](http://MarylandHealthConnection.gov) o vea las instrucciones.



## ¿Qué sigue después?

Envíe su solicitud completa y firmada a la dirección que aparece en la página 7. **Si no tiene toda la información que le pedimos, firme y presente su solicitud de todas maneras.** Le daremos seguimiento en 1-2 semanas. Recibirá instrucciones sobre los pasos siguientes para completar su cobertura de salud. Si no tiene noticias nuestras, visite [MarylandHealthConnection.gov](http://MarylandHealthConnection.gov) o llame al **1-855-642-8572**. El llenar esta solicitud no significa que tenga que comprar la cobertura de salud.



## Consiga ayuda con esta solicitud

- **En línea:** [MarylandHealthConnection.gov](http://MarylandHealthConnection.gov)
- **Por teléfono:** Llame a nuestro Centro de Ayuda al **1-855-642-8572**.
- **En persona:** Pueden haber asesores en su zona para ayudarle. Visite nuestra página web o llame al **1-855-642-8572** para información adicional.
- **En Español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-855-642-8572**.



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [MarylandHealthConnection.gov](http://MarylandHealthConnection.gov) o llámenos al **1-855-642-8572**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-855-642-8572**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-855-642-8572**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-642-8573**.

## PASO 1 Díganos sobre usted.

(Necesitamos un adulto de la familia que será la persona a contactar para su solicitud.)

1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
2. Dirección de casa (Deje el espacio en blanco si no tiene una.)			3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado [ ][ ]	6. Código Postal [ ][ ][ ][ ][ ][ ]	7. Condado
8. Dirección postal (si es diferente de la dirección de casa)			9. Número de apartamento o suite
10. Ciudad	11. Estado [ ][ ]	12. Código Postal [ ][ ][ ][ ][ ][ ]	13. Condado
14. Número de teléfono ( [ ][ ][ ] ) [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]		15. Otro número de teléfono ( [ ][ ][ ] ) [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]	
16. ¿Desea recibir información sobre esta solicitud por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Dirección de correo electrónico: _____			
17. Idioma preferido hablado o escrito (si no es inglés)			

## PASO 2 Díganos sobre su familia.

### ¿A quién necesita incluir en esta solicitud?

Díganos quiénes son todos los miembros de la familia que viven con usted. Si declara los impuestos, necesitamos saber sobre cada persona que aparece en su declaración de impuestos. (No necesita declarar los impuestos para obtener una cobertura de salud).

#### Incluya:

- A usted
- Su cónyuge
- Sus hijos menores de 21 años que viven con usted
- Su pareja no casada que necesita cobertura de salud
- Cualquier persona que incluye en su declaración de impuestos, aún si no viven con usted
- Cualquier persona menor de 21 años a la que cuida y vive con usted

#### NO tiene que incluir:

- Su pareja no casada que no necesita cobertura de salud
- Los hijos de su pareja no casada
- Sus padres que viven con usted, pero que declaran sus propios impuestos (si es usted mayor de 21 años)
- Otros familiares adultos que presentan su propia declaración de impuestos

La cantidad de asistencia o tipo de programa al que califica depende del número de personas en su familia y sus ingresos. Esta información nos ayuda a asegurarnos que cada persona consiga la mejor cobertura posible.

**Complete el Paso 2 para cada persona de su familia.** Comience con usted, luego incluir los otros adultos y niños. Si tiene más de 2 personas en su familia, necesitará hacer una copia de las páginas y adjuntarlas. No necesita darnos el estatus de inmigración o el Número de Seguro Social (SSN) de los miembros de la familia que no necesitan cobertura de salud. Mantendremos toda la información que nos proporciona en forma privada y segura como lo requiere la ley. Usaremos información personal sólo para verificar si es elegible para la cobertura de salud.



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [MarylandHealthConnection.gov](http://MarylandHealthConnection.gov) o llámenos al **1-855-642-8572**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-855-642-8572**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-855-642-8572**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-642-8573**.



## PASO 2: PERSONA 1 (Continuación)

### Trabajo Actual e Información de Ingresos

- Empleado** Si actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 18.
- Sin empleo:** Vaya a la pregunta 28.
- Por cuenta propia:** Vaya a la pregunta 27.

#### TRABAJO ACTUAL 1:

18. Nombre del patrón \_\_\_\_\_

a. Dirección del patrón \_\_\_\_\_

b. Ciudad	c. Estado [ ][ ]	d. Código postal [ ][ ][ ][ ][ ]	19. Número de teléfono del patrón ( [ ][ ][ ] ) [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]
-----------	---------------------	-------------------------------------	---

20. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ [ ][ ][ ][ ][ ][ ]	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	21. Horas promedio trabajadas cada SEMANA [ ][ ][ ]
---	--	--

#### TRABAJO ACTUAL 2: (Si usted tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

22. Nombre del patrón \_\_\_\_\_

a. Dirección del patrón \_\_\_\_\_

b. Ciudad	c. Estado [ ][ ]	d. Código postal [ ][ ][ ][ ][ ]	23. Número de teléfono del patrón ( [ ][ ][ ] ) [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]
-----------	---------------------	-------------------------------------	---

24. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ [ ][ ][ ][ ][ ][ ]	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	25. Horas promedio trabajadas cada SEMANA [ ][ ][ ]
---	--	--

26. **En el último año, usted:**  Cambió de trabajos     Dejó de trabajar     Comenzó a trabajar menos horas     Ninguno de estos

#### 27. Si trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_

b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias una vez que se han cubierto los gastos de su negocio) que recibirá por trabajar por cuenta propia este mes? (Vea las instrucciones.) \$ [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

28. **OTROS INGRESOS DE ESTE MES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe. Si no los recibe, marque aquí

**NOTA:** No necesita decirnos sobre la pensión para menores, pago a veteranos o Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI).

<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Neto por actividades agrícolas/pesca	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Pensiones	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Neto por rentas/regalías	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Seguro Social	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Cuentas de retiro	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	Tipo: _____	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____			

29. **DEDUCCIONES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe. Si usted paga por ciertas cosas que pueden deducirse en la declaración de impuestos federales, al darnos esta información el costo de la cobertura médica pudiera ser un poco menor.

**NOTA:** No debería incluir un costo que ya consideró en su respuesta sobre el ingreso neto al trabajar por cuenta propia (pregunta 27b).

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otras deducciones	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Intereses por préstamo estudiantil	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	Tipo: _____	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____

#### 30. INGRESO ANUAL: Completar solamente si su ingreso cambia de mes a mes.

Si no espera cambios en su ingreso mensual, pase a la persona siguiente. ➔

Su ingreso total <b>este año</b> \$ [ ][ ][ ][ ][ ][ ]	Su ingreso total <b>el próximo</b> año (si considera que será diferente) \$ [ ][ ][ ][ ][ ][ ]
---	---

**¡GRACIAS!**  
Esto es todo lo que necesitamos saber sobre usted.



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [MarylandHealthConnection.gov](http://MarylandHealthConnection.gov) o llámenos al **1-855-642-8572**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-855-642-8572**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-855-642-8572**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-642-8573**.



## PASO 2: PERSONA 2 (Continuación)

### Trabajo Actual e Información de Ingresos

- Empleado** Si actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 20.
- Sin empleo:** Vaya a la pregunta 30.
- Por cuenta propia:** Vaya a la pregunta 29.

#### TRABAJO ACTUAL 1:

20. Nombre del patrón \_\_\_\_\_

a. Dirección del patrón \_\_\_\_\_

b. Ciudad	c. Estado [ ][ ]	d. Código postal [ ][ ][ ][ ][ ]	21. Número de teléfono del patrón ( [ ][ ][ ] ) [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]
-----------	---------------------	-------------------------------------	---

22. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ [ ][ ][ ]	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	23. Horas promedio trabajadas cada SEMANA [ ][ ][ ]
--	--	--

#### TRABAJO ACTUAL 2: (Si usted tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

24. Nombre del patrón \_\_\_\_\_

a. Dirección del patrón \_\_\_\_\_

b. Ciudad	c. Estado [ ][ ]	d. Código postal [ ][ ][ ][ ][ ]	25. Número de teléfono del patrón ( [ ][ ][ ] ) [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]
-----------	---------------------	-------------------------------------	---

26. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ [ ][ ][ ]	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	27. Horas promedio trabajadas cada SEMANA [ ][ ][ ]
--	--	--

28. **En el último año, la PERSONA 2:**  Cambió de trabajos     Dejó de trabajar     Comenzó a trabajar menos horas     Ninguno de estos

#### 29. Si trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_

b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias una vez que se han cubierto los gastos de su negocio) que recibirá por trabajar por cuenta propia este mes? (Vea las instrucciones.) \$ [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

30. **OTROS INGRESOS DE ESTE MES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe. Si no los recibe, marque aquí

**NOTA:** No necesita decirnos sobre la pensión para menores, pago a veteranos o Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI).

<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Neto por actividades agrícolas/pesca	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Pensiones	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Neto por rentas/regalías	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Seguro Social	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Cuentas de retiro	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	Tipo: _____	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____			

31. **DEDUCCIONES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe. Si la PERSONA 2 paga por ciertas cosas que pueden deducirse en la declaración de impuestos federales, al darnos esta información el costo de la cobertura médica pudiera ser un poco menor.

**NOTA:** No debería incluir un costo que ya consideró en su respuesta sobre el ingreso neto al trabajar por cuenta propia (pregunta 29b).

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otras deducciones	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Intereses por préstamo estudiantil	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	Tipo: _____	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____

32. **INGRESO ANUAL:** Complete solamente si el ingreso de la PERSONA 2 cambia de mes a mes. Si no espera cambios en los ingresos de la PERSONA 2, pase a la persona siguiente. ➔

Ingreso total de la PERSONA 2 este año \$ [ ][ ][ ][ ][ ][ ]	Ingreso total de la PERSONA 2 para el próximo año (si considera que será diferente) \$ [ ][ ][ ][ ][ ][ ]
---	--

**¡GRACIAS!**  
Esto es todo lo que necesitamos saber sobre la PERSONA 2.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite [MarylandHealthConnection.gov](http://MarylandHealthConnection.gov) o llámenos al 1-855-642-8572. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al 1-855-642-8572. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al 1-855-642-8572, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-855-642-8573.

## PASO 3 Miembro(s) Indio Americanos o Nativos de Alaska (AI/AN) de una familia

### 1. ¿Es usted o algún miembro de su familia Indio Americano o Nativo de Alaska?

- NO.** Vaya al Paso 4.  
 **SÍ.** Vaya al Apéndice B.

## PASO 4 Su Cobertura de Salud Familiar

Conteste estas preguntas para cualquiera que necesite la cobertura médica.

### 1. ¿Hay alguna persona registrada ahora en alguna de las siguientes coberturas de salud?

- SÍ.** Verifique el tipo de cobertura y escriba el nombre(s) de la persona(s) junto a la cobertura que tienen.  **NO.**
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Medicaid _____  | <input type="checkbox"/> Seguro por el patrón _____  |
| <input type="checkbox"/> MCHP _____  | Nombre del seguro de salud: _____  |
| <input type="checkbox"/> Medicare _____  | Número de la póliza: _____   |
| <input type="checkbox"/> TRICARE (No la marque si tiene atención médica directa o en Cumplimiento de su Deber) | ¿Es esta una cobertura COBRA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No        |
| _____  | ¿Es un plan de salud para retirados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Programas de atención de la salud VA  | <input type="checkbox"/> Otro  |
| _____  | Nombre del seguro de salud: _____  |
| <input type="checkbox"/> Cuerpo de Paz   | Número de la póliza: _____   |
| _____  | ¿Es este un plan de beneficios limitados (como una póliza de accidentes escolares)?          |
|  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                      |

### 2. ¿Hay alguna persona indicada en esta solicitud que se le ofreció una cobertura médica de un trabajo?

Marque sí, aún cuando la cobertura es del trabajo de alguien más, como es el padre o cónyuge.

- SÍ.** Tendrá que completar e incluir el Apéndice A. ¿Es este un plan estatal de beneficios para empleados?  Sí  No  
 **NO.** Vaya al Paso 5.

## PASO 5 Lea y firme esta solicitud.

- Estoy firmando esta solicitud bajo pena de perjurio lo que significa que he contestado con la verdad a todas las preguntas de este formulario según mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a multas bajo la ley federal si proporciono información falsa.
- Sé que debo informarle al Maryland Health Connection si algo cambia (y es diferente) de lo que escribí en esta solicitud. Puedo visitar [MarylandHealthConnection.gov](http://MarylandHealthConnection.gov) o llamar al **1-855-642-8572** para informar de los cambios. Entiendo que un cambio en mi información pudiera afectar la elegibilidad para un miembro(s) de mi casa.
- Sé que según la ley federal, no se permite la discriminación en base a la raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o incapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación visitando [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file).
- Entiendo que la información de esta solicitud solamente se utilizará para determinar mi elegibilidad para un seguro médico y que será confidencial tal y como lo estipula la ley.
- Confirmando que ninguna persona solicitando el seguro médico en esta solicitud ha estado encarcelada (detenida o en prisión). Si no, \_\_\_\_\_ está encarcelado(a).  
 (nombre de la persona)

Necesitamos esta información para verificar su elegibilidad para ayuda en el pago de la cobertura médica si usted elige solicitarla. Verificaremos sus respuestas usando la información en nuestras bases de datos electrónicas y bases de datos del Servicio de Rentas Internas (IRS), Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional y/o una agencia de informes de solvencia. Si la información no coincide, es probable que le pidamos nos envíe evidencia.



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [MarylandHealthConnection.gov](http://MarylandHealthConnection.gov) o llámenos al **1-855-642-8572**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-855-642-8572**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-855-642-8572**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-642-8573**.

## PASO 5 (Continuación)

### Renovación de la cobertura en años próximos

Para facilitar la determinación de mi elegibilidad para la ayuda de pago de la cobertura de salud en los próximos años, estoy de acuerdo en permitir que el Mercado utilice los datos de ingresos, incluyendo la información de la declaración de impuestos. El Mercado me enviará un aviso, dejándome hacer cualquier cambio y tengo la opción de exclusión en cualquier momento.

Sí, renueva mi elegibilidad en forma automática para los próximos

5 años (el máximo número de años permitido), o por un menor número de años:

4 años  3 años  2 años  1 año

No utilice la información de mi declaración de impuestos para renovar mi cobertura.

### Si cualquiera en esta solicitud es elegible para Medicaid

- Le doy a la agencia de Medicaid nuestros derechos para proseguir y obtener dinero de otro seguro médico, resolución jurídica u otros terceros. También le estoy dando a la agencia de Medicaid los derechos para proseguir y obtener ayuda médica de un cónyuge o padre.
- ¿Algún niño en esta solicitud tiene un padre viviendo fuera de casa?  Sí  No
- Si sí, yo sé que me pedirán cooperar con la agencia que recauda los pagos de ayuda médica de un padre ausente. Si considero que el cooperar para recaudar los pagos de ayuda médica me causará daño a mí o a mi hijo, yo puedo decirle a Medicaid y es posible que no tenga que cooperar.

### ¿Qué puedo hacer si me dicen que no soy elegible y creo que están equivocados?

En la mayoría de los casos puede apelar la decisión. Busque en el aviso de elegibilidad las instrucciones para apelar para cada persona de su hogar y los plazos. Tenga en cuenta:

- Si lo desea puede pedirle a alguien que apele o participe en su apelación. Dicha persona puede ser un amigo, familiar, abogado u otro. O puede apelar por usted mismo.
- Si usted presenta el recurso de apelación podría mantener su elegibilidad hasta que se decida sobre su apelación.
- El resultado de su apelación podría afectar la elegibilidad de los otros miembros del hogar.

Si desea presentar una apelación, llame a Maryland Health Connection al **1-855-642-8572**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-855-642-8573**. También puede mandar el formulario de apelación o una carta a **Maryland Health Connection, P.O. Box 857, Lanham, MD 20703-0857**. Usted puede apelar una decisión sobre elegibilidad, periodo de inscripción, crédito fiscal, reducciones a los costos compartidos, Medicaid y MCHP a través del Mercado de seguros. Si es elegible para una reducción de los costos compartidos o para el crédito fiscal, puede apelar el monto. Según el estado en el que reside, tal vez pueda hacerlo a través de Mercado de seguros o de la agencia estatal encargada de Medicaid y MCHP.

**Firme esta solicitud.** La persona que llenó el Paso 1 deberá firmar esta solicitud. Si es un representante autorizado podrá firmar aquí, siempre y cuando haya proporcionado la información requerida en el Apéndice C.

Firma	Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
-------	--

## PASO 6 Envíe por correo su solicitud completada.

Envíe por correo su solicitud firmada a:

**Maryland Health Connection**  
**P.O. Box 857**  
**Lanham, MD 20703-0857**

Si desea registrarse para votar, puede completar un formulario de registro del votante en [usa.gov](http://usa.gov).

### Declaración de Divulgación PRA

De conformidad con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, a ninguna persona se le exige responder a la recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para la recopilación de esta información es 0938-1191. El tiempo que se requiere para completar esta recopilación de información se estima en promedio en 45 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunión de los datos necesarios y completar y revisar la información recolectada. Si tiene comentarios relacionados con la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escribanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Atención: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [MarylandHealthConnection.gov](http://MarylandHealthConnection.gov) o llámenos al **1-855-642-8572**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-855-642-8572**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-855-642-8572**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-642-8573**.